

サバイバルハイキング IN 官ノ倉山 申込書

☆ハイキング中の生活指導と安全管理に役立ちます。具体的にお書きください。

ふりがな			
参加者氏名	(歳) 男・女		
ふりがな	電話番号	()	
保護者氏名			
住 所	(〒 -)		
キャンプ中の 緊急連絡先	日中	連絡先名	電話番号
	夜間	連絡先名	電話番号
学校名	中学校・高校	年	生年 月日 平成 年 月 日

☆お子様の健康状態についてお答えください。

血液型	型 (RH+・-)	平 熱	℃	平均睡眠時間	時間
該当する項目に ○印をつけてください	<ul style="list-style-type: none"> ・特になし ・風邪をひきやすい ・便秘になりやすい ・おなかがくだりやすい ・腹痛になりやすい ・トイレがちかい ・頭痛になりやすい ・汗をかきやすい ・車酔いしやすい ・夜尿をすることがある 				
※その内容についてできるだけ詳しくお書きください					
1) 病名や原因についてあればご記入ください					
2) 対応・処置はどのようにしていますか					

アレルギーに関するもの	・特になし ・あり	①食物	②薬品
既往症について	・特になし ・あり	③動植物	④その他
既往症について			
※既往症がある方は症状をできるだけ詳しくお書き下さい			
1 症状についてご記入ください			
2) 対応・処置はどのようにしていますか			
持参する薬 (持参する薬品につい詳しく記入願います)		服用方法	

☆その他 (伝えておきたいことがありましたらご記入ください)

* サバイバルハイキング IN 官ノ倉山の全日程で撮影した写真をホームページに掲載することに

(同意する・同意しない)

キャンプリーダーズクラブ T3 代表 宛

上記内容に相違なく、主旨に賛同し、申し込みます。

平成 年 月 日 保護者氏名